

# Evaluación de una intervención de violencia doméstica en los servicios de maternidad y salud sexual de un hospital del Reino Unido

Loraine J Bacchus,<sup>a</sup> Susan Bewley,<sup>b</sup> Carlos Torres Vitolas,<sup>c</sup>  
Gillian Aston,<sup>d</sup> Peter Jordan,<sup>e</sup> Susan F Murray<sup>f</sup>

- a King's College Londres (cuando se hizo el estudio), actualmente es catedrática de Ciencias Sociales, Facultad de Salud y Desarrollo Global, Género, Violencia y Centro de Salud, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, RU. E-mail: Loraine.Bacchus@lshtm.ac.uk
- b Obstetrix Consultora, Dirección de Servicios para la Mujer, Guy's & St. Thomas NHS Foundation Trust; Catedrática Titular Honoraria, King's College Londres, Londres, RU
- c Asistente de Investigación, King's College Londres (cuando se hizo el estudio), estudiante de doctorado, London School of Economics and Political Science, Londres, RU
- d Catedrática de Obstetricia, King's College Londres, Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, Londres, RU
- e Economista, PJA Consultants, Londres, RU
- f Profesor de Atención Sanitaria de Salud, King's College Londres, Facultad de Política y Gestión de Salud, Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, Londres, RU

**Resumen:** *Este artículo resume la evaluación de una intervención relacionada con la violencia doméstica en los servicios de salud materna y sexual de un hospital del Reino Unido. La intervención comprendió guías, capacitación del personal, indagación rutinaria de todas las pacientes respecto a la violencia doméstica y referencia de las que denunciaron violencia a un servicio de promoción y defensa in situ. Se aplicó un enfoque de "investigación de suposiciones" para evaluar la intervención. Las suposiciones programáticas fueron identificadas y probadas utilizando entrevistas con profesionales de la salud y pacientes, revisión de los expedientes médicos y cuestionarios pre- y post-capacitación. La capacitación en violencia doméstica produjo cambios en los conocimientos y las prácticas de los profesionales de la salud a corto plazo, pero no se logró establecer una rutina de indagación universal, ni tan siquiera en un contexto con apoyo organizacional, guías, capacitación y promoción y defensa. Ocurrieron daños posibles y reales, como violación de confidencialidad e incumplimiento de documentar la evidencia; este último limitó la capacidad de las mujeres para acceder a remedios civiles y jurídicos. El apoyo de promoción y defensa llevó a resultados positivos para muchas mujeres, siempre y cuando se les continuara brindando apoyo para mantener cambios positivos, independientemente de que la mujer permaneciera con su pareja violenta o la dejara. Se concluyó que los servicios de salud materna y sexual son puntos oportunos de intervención para los servicios contra la violencia doméstica, que combinan la indagación rutinaria por parte del personal de salud, apoyo después de confirmada la violencia y atención a la reducción de daños. © 2013 edición en español, 2010 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

**Palabras clave:** violencia de género, capacitación de prestadores de servicios, investigación de rutina sobre violencia, apoyo legal, Reino Unido

La violencia doméstica (VD), definida en este documento como cualquier conducta que se da en el seno de una relación íntima que genera daños físicos, psicológicos o sexuales entre quienes mantienen dicha relación, es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre las mujeres.<sup>1</sup> Estudios a nivel de población realizados en todo el mundo han demostrado que la violencia doméstica, incluyendo la violencia durante el embarazo, tiene una alta prevalencia.<sup>2</sup> En respuesta a esta problemática de salud pública tan difundida, la OMS ha identificado la violencia contra las mujeres como un problema importante para los servicios de salud y muchas asociaciones de profesionales de la salud están alentado a sus miembros a emprender acciones para identificar activamente a las personas que emplean sus servicios y que se encuentran en bajo riesgo, y a reaccionar apoyando a las mujeres víctimas de maltrato dentro de un marco de estrategias multisectoriales.<sup>3</sup>

Entre los temas que más se discuten en materia de política e investigación, predominan los debates sobre la mejor forma de identificar y apoyar a las mujeres maltratadas, sin perder de vista la posibilidad de que al hacerlo también se puedan ocasionar perjuicios a las víctimas.<sup>4</sup> Revisiones sistemáticas de la literatura informan que falta evidencia sustancial que demuestre la efectividad de las intervenciones en el sector salud que intentan indagar de manera rutinaria sobre violencia doméstica. Un estudio aleatorio controlado realizado en los EEUU demostró la eficacia de una intervención comunitaria de defensa que brindó orientación y apoyo práctico a las mujeres en reducir los niveles de violencia experimentados y mejorar el apoyo social y la calidad de vida.<sup>5</sup> Sin embargo, es difícil generalizar estos resultados a todas las mujeres maltratadas que se atienden en servicios de salud, pues dicha intervención se hizo con mujeres que ya habían abandonado a quienes las maltrataban y buscaron ayuda en forma activa. No se sabe mucho sobre intervenciones de defensa para mujeres maltratadas que usen servicios de salud y que todavía continúan en esa relación. A pesar de que algunas asociaciones de profesionales de la salud<sup>3</sup> promueven ampliamente exámenes universales para detectar casos de violencia doméstica y han documentado sus

beneficios,<sup>6</sup> realizarlos en la práctica clínica puede resultar difícil. Más aún, las iniciativas de esa naturaleza no carecen de riesgos y es preciso evaluar cuidadosamente su ejecución.

Este artículo presenta los hallazgos de la evaluación de una intervención en los servicios de maternidad y salud sexual de un hospital en el Reino Unido, la evaluación duró dos años y aplicó un marco de trabajo de “investigación de suposiciones”. La intervención implicó la introducción de un protocolo clínico para casos de violencia doméstica y un programa continuo de un día de capacitación sobre este tema (entre junio 2005 y setiembre 2007) para que los profesionales de la salud aumenten sus conocimientos sobre la violencia doméstica y sus consecuencias. Esta capacitación tuvo por objetivo permitirles efectuar indagaciones rutinarias para detectar y documentar casos de maltrato y derivar a las mujeres que revelen abuso a un servicio de promoción y defensa, contratado *in situ* para casos de violencia doméstica (Proyecto de Bienestar para la Mujer, MOZAIC, brindado por una organización comunitaria). La capacitación estuvo a cargo de un instructor especialista en el tema, empleado por el hospital; la facilitación contó con el apoyo de una partera. La capacitación combinó métodos didácticos, ejercicios grupales, dramatizaciones y la proyección de un DVD sobre indagaciones rutinarias. Los profesionales de salud recibieron una carpeta de capacitación con información sobre el tema y una lista de recursos que estaban disponibles en sus consultorios. La intervención de promoción y defensa utilizó un “enfoque centrado en la mujer”, basado en el análisis que hacían las propias mujeres sobre su situación y los riesgos que percibían en las distintas opciones que se les proponían; este enfoque permitía darles apoyo adaptándose a sus necesidades conforme estas iban cambiando.<sup>7</sup> Los defensores ayudaron a las mujeres a obtener una variedad de recursos comunitarios. El personal femenino del hospital que sufría de violencia doméstica también pudo utilizar el servicio de promoción y defensa. A los pacientes masculinos del consultorio de salud sexual que revelaron ser parte de casos de violencia doméstica, se les brindó información sobre los servicios existentes para víctimas del sexo masculino y para perpetradores de violencia doméstica.

## Métodos

El Comité de Ética del Hospital St. Thomas, del NHS, emitió la aprobación ética para el estudio en diciembre de 2004. Elegimos el enfoque de la “teoría de cambio” porque ofrecía un método de evaluación sistemática y acumulativa de los vínculos entre las actividades, los resultados y el contexto. Dicho enfoque tiene tres etapas: delinear con las partes interesadas cuáles son las hipótesis del programa respecto a la manera en que ellos esperan que la intervención cambie conductas y resultados; medir las actividades programáticas y los resultados esperados; y analizar e interpretar los resultados, incluyendo las implicaciones que tendrán en los ajustes teóricos y la asignación de recursos.<sup>8,9</sup> En el informe completo<sup>10</sup> se pueden ver más detalles de la técnica utilizada.<sup>11</sup> En este documento se describen los resultados del examen de las siguientes hipótesis principales sobre el programa en los dos consultorios:

- La capacitación ayudará al personal de salud a implantar las indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica.
- La ejecución de un programa de indagaciones rutinarias sumado al apoyo *in situ* una vez revelado el maltrato, puede mejorar la detección de casos de violencia doméstica.
- Los servicios de maternidad y salud sexual son puntos de intervención temprana para reducir la violencia doméstica.
- Las mujeres que reciben apoyo de un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica pueden mejorar su situación personal.
- Las indagaciones rutinarias y la promoción y defensa frente a los casos de violencia no ocasionarán perjuicios.

La Figura 1 muestra las principales etapas en el proceso de intervención y los resultados esperados.

## Entrevistas cualitativas con usuarias y proveedores de servicios

Para la entrevista se seleccionó a los profesionales de salud y a las usuarias de los servicios de maternidad y salud sexual, empleando un muestreo intencional.<sup>12</sup> Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con 34 mujeres, entre 1 y 22 meses después que estas habían

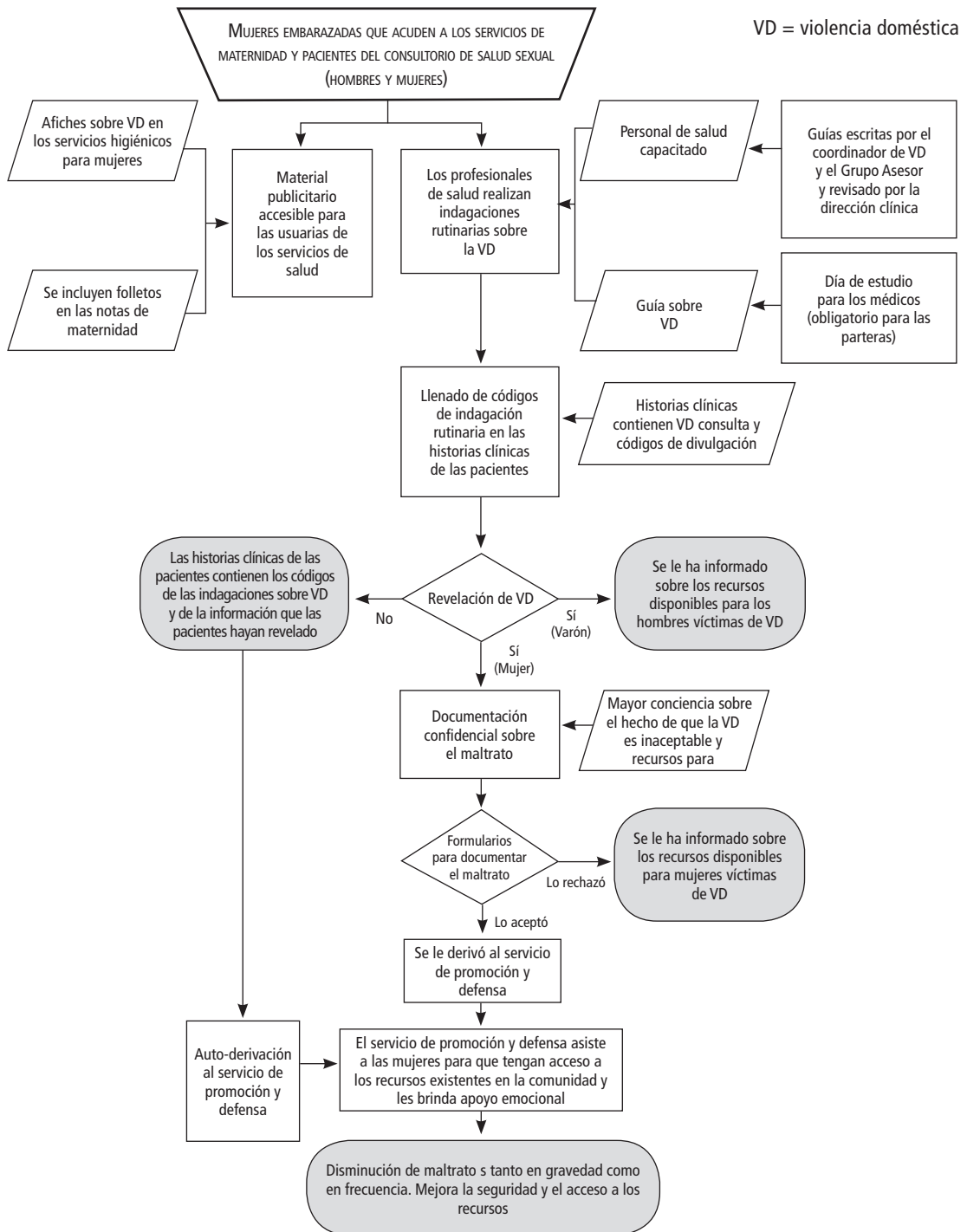
recibido apoyo del servicio de promoción y defensa para casos de violencia doméstica, con el fin de explorar cómo fueron sus encuentros con los profesionales de la salud y con el servicio de promoción y defensa. Las mujeres fueron seleccionadas en función de: su entorno clínico, si vivían o no con el agresor al momento de ser derivadas al servicio de promoción y defensa; duración de los maltratos, embarazada o no embarazada; situación legal como inmigrante y acceso a su propio dinero; origen étnico y lengua materna (inglés o español). Entre las entrevistadas hubo también tres mujeres del plantel del hospital que utilizaron el servicio de promoción y defensa. Las características de las mujeres (los detalles se encuentran en el informe completo) reflejan muy bien a las 156 pacientes que usaron el servicio de promoción y defensa, que eran en su mayoría mujeres jóvenes de unos 30 años de edad, ciudadanas británicas y pertenecientes a un grupo étnico minoritario.<sup>11</sup>

Se realizaron entrevistas semiestructuradas (8 parteras y 11 profesionales de salud sexual) y seis debates en grupos focales (19 parteras y 6 profesionales de salud sexual) para explorar cuáles eran los componentes más útiles de la capacitación en las consultas clínicas y qué efecto tenía esta sobre las habilidades, el bienestar y la confianza en la identificación y manejo de los casos de violencia doméstica. Los participantes fueron seleccionados según su entorno clínico (maternidad o salud sexual), grupo profesional (médicos, enfermeras, parteras, asesores de salud), género y tiempo transcurrido desde la capacitación (3 meses frente a 6 meses o más)

## Auditoría de historias clínicas

Después de que los profesionales de salud recibieron capacitación sobre el tema, se realizó una auditoría de las historias clínicas en las áreas de maternidad y salud sexual recabadas durante el mes de enero de 2007, con el objetivo de determinar el porcentaje de indagaciones rutinarias realizadas para detectar casos de violencia doméstica. Hasta enero de 2007, 201 (65%) parteras y 32 (58%) profesionales de salud sexual habían recibido capacitación en violencia doméstica y estaban trabajando en los dos servicios clínicos. Se estudiaron los

**FIGURA 1. Principales actividades y resultados esperados de la intervención**



registros de maternidad de 487 (98%) de las 501 mujeres que dieron a luz en enero de 2007. Ese mismo mes, 915 pacientes fueron atendidas en la clínica de salud sexual; sin embargo, de los 879 registros disponibles para auditoría, sólo se analizaron 644 (73%), que eran los que contenían el código correspondiente a casos de violencia doméstica.

A fin de examinar la cobertura de indagaciones rutinarias durante un año en el servicio de maternidad, se tomaron los datos comparativos de otro estudio de maternidad<sup>13</sup>, realizado entre enero y marzo del año 2006, cuando 110 parteras del servicio de maternidad (50%) recibieron capacitación en indagaciones rutinarias. No se contó con datos comparativos de este tipo para la clínica de salud sexual.

### **Cuestionarios previos y posteriores a la capacitación: profesionales de la salud**

Cuestionarios previos y posteriores a la capacitación sobre violencia doméstica fueron aplicados a los profesionales de salud de los servicios de maternidad y salud sexual el mismo día en que las sesiones de entrenamiento tuvieron lugar. Un investigador los invitó a llenar ellos mismos un cuestionario momentos antes de que comenzara la capacitación; la mayoría lo respondió. También se repartió un cuestionario inmediatamente después de la capacitación que fue llenado por casi todo el personal. Seis meses después, se enviaron por correo cuestionarios de postcapacitación a quienes habían participado en el evento; solo una cuarta parte de los participantes respondió. Los detalles de esos cuestionarios y los respectivos resultados han sido publicados en otro lugar.<sup>11,14</sup>

### **Análisis**

Los datos recogidos de las entrevistas cualitativas fueron transcritos y almacenados en la versión Atlas Ti 5.2. Cada entrevista fue codificada por el investigador. Se utilizó un análisis de contenido para identificar los temas clave que se examinaron en relación a las suposiciones que constituían la base de la intervención.<sup>12</sup> Los datos del estudio de las historias clínicas de las pacientes de los cuestionarios de previos y posteriores a la capacitación fue-

ron almacenados en SPSS versión 14. Se llevó a cabo un análisis de cada auditoría por separado, así como de las estadísticas descriptivas y de las medidas de asociación.

### **Resultados**

#### **• Supuesto 1: La capacitación ayudará al personal de salud a implantar indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica.**

A menudo se da por sentado que las conductas de los profesionales de la salud cambiarán si se les capacita, pero la efectividad de cualquier actividad de capacitación depende tanto de los receptores como de la propia capacitación. Los cuestionarios previos a la capacitación indicaron que 94 (55%) profesionales de salud en el área de maternidad y 33 (92%) de los del servicio de salud sexual no habían tenido capacitación previa en violencia doméstica. Inmediatamente después de la capacitación 174 profesionales de salud materna (82%) y 38 profesionales de salud sexual (95%) reportaron que su conocimiento sobre violencia doméstica había mejorado mucho más o bastante. Sin embargo, en el cuestionario de postcapacitación que se envió seis meses después 43 de las 56 parteras que respondieron indicaron tener problemas, tales como la presencia de las parejas o familiares durante las consultas, problemas lingüísticos, limitaciones de tiempo en los hospitales ocupados y la renuencia de algunas mujeres a confiar en los profesionales de la salud. Estos resultados se reflejaron también en las entrevistas y en las discusiones en grupos focales con las parteras.

Si bien algunos profesionales de la salud se mostraron optimistas acerca del efecto de la capacitación sobre sus habilidades para indagar sobre la ocurrencia de violencia doméstica, otros fueron más reticentes. La Partera 1, por ejemplo, sólo sintió “un poquito de confianza para sacar a colación el tema con las mujeres”, mientras que La Partera 2 se sintió incapaz de pedirle al esposo que se retirara y no pudo pensar en qué decirle para justificar la necesidad de hablar con la esposa a solas. Los profesionales de la salud venían con diferentes niveles de experiencia y conocimiento y esto es algo que debe tenerse en cuenta al diseñar el programa de capacitación. Algunas parteras



reportaron haber evitado enfoques directos para las indagaciones rutinarias, por ejemplo, preguntando “¿Todo está bien en casa?” sin preguntas específicas de seguimiento. En algunos casos, los miembros del personal buscaron practicar indagaciones más selectivas que rutinarias para detectar casos de violencia doméstica cuando les pareció el momento oportuno.

*“Salí de la capacitación sin sentir una verdadera confianza sobre cómo realizar las preguntas... Aunque practicamos una dramatización y nos lo explicaron, fue como que lo dejaron para el final y la concientización sobre la violencia doméstica tomó la mayor parte del día, mientras que la capacitación en sí sobre cómo hacer las preguntas se dejó para el final.”* (Salud sexual, Enfermera Senior 1).

*“Con toda sinceridad debería decir que le pregunto a un 40-50% de las mujeres que cito... porque pienso, bueno, esta vez no le preguntaré pero la próxima estaré más preparada para preguntárselo. Me parece que preguntamos demasiadas cosas en la entrevista inicial y a veces lo que se da es una progresión natural y se les puede preguntar, otras veces es como forzar algo, de manera inesperada, y no me parece bien.”* (Partera 3)

La capacitación combinada de profesionales de salud materna y salud sexual no funcionó muy bien, ya que la última requiere habilidades para tratar; por ejemplo, con pacientes de sexo masculino que experimentan violencia doméstica o que están refutando una acusación de maltrato. Dada la diversidad de la naturaleza de su grupo de pacientes, los profesionales de salud sexual además requieren información específica sobre cómo ayudar a pacientes homosexuales (mujeres u hombres), bisexuales y transexuales afectados por la violencia doméstica.

• **Supuesto 2: La ejecución de un programa de indagaciones rutinarias sumado al apoyo in situ una vez revelado el abuso, puede mejorar la detección de casos de violencia doméstica.**

La política asumida previamente a la intervención implicaba responder frente a una revelación espontánea de violencia así como conducir un interrogatorio selectivo cuando los

signos de maltrato eran evidentes. El diseño de la intervención se basaba en que las indagaciones rutinarias efectuadas por el personal, en un contexto donde podían derivar a las mujeres a un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica *in situ*, serían más efectivas para detectar casos de violencia doméstica.

Este supuesto no pudo probarse completamente debido a la ausencia de datos confiables sobre tasas de revelación previas a intervención. Sin embargo, las auditorías de los registros de maternidad de enero a marzo del año 2006 y enero de 2007 indicaban que la tasa de indagaciones rutinarias para la violencia doméstica se triplicó de 15% (170 de 1,133 mujeres) en el primer año de capacitación a un 47% (229 de 487 mujeres) en el segundo año (RR 3.09; CI 2.61-3.65). La tasa de indagaciones rutinarias para la violencia doméstica en el consultorio de salud sexual fue 58% (374 de 644 pacientes), de acuerdo a la auditoría de registro de enero de 2007. La posibilidad de hacer preguntas a las pacientes de sexo femenino acerca de la violencia doméstica fue significativamente mayor que en los pacientes hombres [204 (68%) frente a 169 (49%);  $\chi^2=21.77$ ,  $df=1$ ,  $p\leq 0.01$ ]. Algunos profesionales de salud sexual no siempre se sintieron cómodos al preguntar a un hombre heterosexual acerca de la violencia doméstica.

*“...de modo que los hombres a los que preguntaba, probablemente hayan sido, en su mayoría, [los] homosexuales de sexo masculino que están disponibles en el centro de salud, y eso ha estado bien. Probablemente, el único momento que fue más difícil fue con tipos que eran heterosexuales... que no entendían muy bien para qué les hacías esas preguntas”.* (Salud sexual, Enfermera Senior 2).

De otro lado, hubo mayor posibilidad de preguntar a los pacientes más jóvenes del centro de salud sexual sobre la violencia doméstica (67% de pacientes  $\leq 25$  años frente a 42% de pacientes  $\geq 35$  años;  $\chi^2=1.76$ ,  $df=3$ ,  $p\leq 0.01$ ). No se encontró un sesgo socio-demográfico en relación a las indagaciones rutinarias entre las mujeres que asistían a los servicios de maternidad.

La revelación de la violencia doméstica no solo surgió de la indagación rutinaria. En el

servicio de maternidad, los signos clínicos tales como un moretón en el abdomen, depresión o un altercado público entre una mujer y su pareja, alertaban a los profesionales de la salud sobre la posibilidad de maltrato, lo que los animaba a preguntarles acerca del tema. Fue necesario actuar de manera sensible y generar confianza en aquellas situaciones en que las mujeres eran renuentes a dar a conocer el maltrato.

*“...Yo estaba llorando cuando ella notó los moretones en mi brazo... y empezó a preguntarme; le dije que yo estaba bien y me dijo ‘No, puedes hablar conmigo’ y comenzó a preguntar y preguntar, y entonces me abrió a ella”.* (Usuaría del servicio de maternidad 1, 31 años, 13 meses después de la intervención).

La Tabla 1 muestra las tasas de indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica, efectuadas por profesionales de la salud que recibieron capacitación. Hubo mayor posibilidad de preguntarles a los pacientes acerca de la violencia doméstica si el profesional de salud había asistido a la capacitación.. Sin embargo, dado que solo una submuestra de las historias clínicas en cada escenario contenía información acerca del/de la profesional de salud a cargo de tomar la historia (46%, 226 de 487 en maternidad y 54%, 352 de 644 en salud sexual), los resultados no pertenecen al número total de historias clínicas auditadas sobre las que se ha informado anteriormente.

• **Supuesto 3: Los servicios de maternidad y salud sexual son puntos de intervención temprana para reducir la violencia doméstica.**

Algunos casos de maltrato doméstico pueden iniciarse durante el embarazo<sup>15</sup> y en el momento que se estableció esta intervención, el Ministerio de Salud del Reino Unido anunció, en un comunicado de prensa, los planes

para la formación de un grupo de asesoría conformado por expertos que discutirían la introducción de indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica en los consultorios de maternidad a fin de ubicar a las víctimas en una etapa temprana del maltrato . Sin embargo, los servicios de maternidad y salud sexual probablemente se puedan describir mejor como puntos de intervención “oportunos”, ya que algunas mujeres que usan los servicios de maternidad revelaron historias de violencia de larga data con sus parejas. Los resultados de las entrevistas sugieren que las estrategias usuales que las mujeres tienen para enfrentar este problema pueden verse comprometidas durante el embarazo, cuando son físicamente más vulnerables a la agresión, tienen menos capacidad de movimiento, dependen más de su pareja para apoyo práctico y pueden estar sufriendo una depresión. Entre los factores que inducen a las mujeres embarazadas a revelar el maltrato están: la amenaza de su pareja de hacerla abortar, el aumento en la frecuencia o severidad de la violencia, el deseo de proteger al nonato de daños físicos o la humillación que le hace pasar el abusador en presencia de los trabajadores de salud.

*“...la relación con mi esposo se estaba deteriorando cuando me embaracé, así que las primeras personas que contacté fueron las parteras, para decirles en qué situación me encontraba realmente,ado que yo llevo al bebé y estaba preocupada por eso”.* (Usuaría del servicio de maternidad 2, 47 años, 8 meses después de la intervención).

*“Tenía que decirle [al doctor]. Tenía que proteger a mi hijo en caso de que él apareciera en el hospital para tratar algo. Poco después de que tuve al bebé él abusó físicamente de mí otra vez, así que tenía que decirselo a alguien”.* (Usuaría del servicio de maternidad 3, 31 años, 13 meses después de la intervención).

**Tabla 1. Tasas de indagaciones rutinarias sobre violencia doméstica realizadas por profesionales de la salud a cargo de registrar la historia clínica, según estatus de capacitación**

% que preguntó sobre violencia doméstica durante la rutina de registro	Maternidad			Salud Sexual		
	N	%	X <sup>2</sup>	N	%	X <sup>2</sup>
Capacitado	191	59.0	56.3	206	67.8	18.6
No capacitado	35	22.2	p≤0.05	145	50.0	p≤0.01

Algunas mujeres no se definen a sí mismas como personas que están sufriendo violencia doméstica porque el maltrato del que son presas es principalmente psicológico o no consideran la violencia física como algo serio. El reconocimiento de la naturaleza intencional del maltrato en las consultas con los profesionales de la salud, quienes les aclaran que ellos consideran inaceptable un comportamiento abusivo, llevaron a algunas mujeres a creer en el sistema, con lo cual se sembraron semillas para el futuro cambio.

*“Bueno, yo me creía disociada de la violencia doméstica... Pero, ya ve, una se da cuenta después de recibir los panfletos y leer ciertas cosas, y pensé ‘a mí me está pasando esto’”* (Usuaría del servicio de maternidad 4, 33 años, 5 meses después de la intervención).

Sin embargo, algunas mujeres habían experimentado patrones crónicos de violencia con su pareja en el momento en que decidieron hablar con un profesional de la salud. Lejos de estar en las primeras etapas del maltrato, vivían en constante miedo o experimentaban una violencia más grave, inclusive violación. En algunos casos, el agresor la había amenazado específicamente con matar a los dos.

La inclusión del consultorio de salud sexual como el segundo lugar de intervención se basó en la investigación<sup>16</sup> de que las mujeres afectadas por la violencia doméstica se encuentran en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y experimentan dificultades en llegar a un acuerdo sobre el uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres no maltratadas. Además, existe mayor probabilidad de que las parejas agresoras se involucren en prácticas sexuales de alto riesgo, tales como el sexo desprotegido con varias parejas, poniendo en riesgo de ITS a la mujer. Las mujeres que iban al consultorio de salud sexual y daban a conocer la violencia de su pareja también tenían varias ITS, describían la falta de control sobre las prácticas sexuales, las conductas riesgosas de sus parejas (p. ej., inyectarse drogas y tener varias parejas) y la intensificación de la violencia grave, incluidos el maltrato sexual y la violación.

*“Yo venía constantemente al consultorio, y eso me avergonzaba. Es como cuando la gente te pregunta ‘Bueno, ¿por qué no usan condones?’ Y una piensa: Claro. ¿Cómo le digo a alguien*

*que no puedo usarlos y ni siquiera quiero tener sexo pero me fuerzan a hacerlo?”* (Usuaría del servicio de salud sexual 1, 43 años, 14 meses después de la intervención)

*“Estaba ahí para que me hicieran la prueba de Papanicolaou... y cuando trataron de hacer ingresar el instrumento me dolía muchísimo. Era muy, pero muy desagradable y le dije ‘No sé si esta es la causa pero estoy teniendo muchísimos problemas en mi matrimonio’... Ella preguntaba qué clase de problemas estaba teniendo y le dije ‘Bueno, lo que pasa es que mi marido es muy violento y muy agresivo y me he trasladado a otra habitación... Cuando dije que no y traté de pelear con él, comenzó la mayor parte del problema, porque, prácticamente me atacó en mi cama* (Usuaría del servicio sexual 2, 48 años, 2 meses después de la intervención).

Los resultados no sugieren que la intervención identificó mujeres en una relación de maltrato desde el inicio, evitando de este modo un incremento progresivo en el nivel de violencia sufrida. Sin embargo, se mostró que los servicios de maternidad y salud sexual eran puntos de intervención oportunos para mujeres maltratadas en diferentes etapas de predisposición para buscar y aceptar ayuda. Aún más, las indagaciones rutinarias realizadas por profesionales de la salud sirvieron para detectar a mujeres que sufrían formas más graves de agresión.

**• Supuesto 4: Las mujeres que reciben apoyo de un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica pueden mejorar su situación personal.**

Las entrevistas con mujeres permitieron explorar en profundidad los complejos factores contextuales que afectaron el resultado de la intervención. Algunas reflejaron los resultados positivos que habían logrado cuando todavía vivían con el agresor. Otras describieron un proceso de reevaluación de sus fortalezas y capacidades, una mayor comprensión de la dinámica de la relación de maltrato y el impacto negativo que esto tenía en su familia. En el caso de las mujeres que estaban en sus primeras etapas de decidir qué hacer, el apoyo ofrecido a menudo iniciaba un proceso de reevaluación



de su situación, logrando una visión más profunda de sí mismas y de su relación, y ganando confianza en su capacidad para empezar cambios y sostenerlos. Ellas pudieron explorar tentativamente opciones tales como el dejar temporalmente la situación de maltrato, preguntar acerca de los beneficios de la asistencia social para padres sin pareja, contactar a la policía para comunicar una situación violenta y buscar consejo de un abogado.

*“Tenía miedo y creo que fue lo que salió a relucir en la reunión inicial; temía que fueran corriendo a la policía y lo hicieran encerrar... Me atemorizaba que ese tipo de decisión se me quitara de las manos... No fue prejuiciosa; la asesoría se mantuvo bien equilibrada en esa forma, así que no me estaban encaminando en una única dirección”.* (Miembro del personal del hospital que recibió capacitación en promoción y defensa 1, 52 años, 8 meses después de la intervención).

*“Creo que con [el proyecto de promoción y defensa] por ejemplo, ese trabajo que hacen de apoyar a las mujeres a lo largo del proceso, me parece muy importante. Y a través del proceso de ir evaluando, ya sabe, la idea de irse”.* (Usuaría del servicio de salud sexual 3, 33 años, 14 meses después de la intervención).

Las decisiones estuvieron influenciadas por el grado de compromiso, el apego emocional y la inversión que las mujeres hacían para mantener la relación, así como por la calidad y disponibilidad de las opciones alternativas, tales como los refugios o viviendas temporales y el vivir con un ingreso reducido. Doce de 34 mujeres (35%) que participaron en una intervención cualitativa no podían recurrir a beneficios sociales debido a su estatus de inmigrantes y dependían completamente del agresor para tener vivienda y soporte financiero. A pesar de una mayor comprensión de su situación, la mayoría optaba por mantenerse en la relación antes que tratar de conseguir sustento para ellas mismas y para su bebé, ilegales en el RU o regresar a su país de origen, donde encontrarían riesgos y peligros adicionales.

*“...es realmente muy, muy difícil estar en este país sin un permiso y estás con alguien que te pega o te hace cosas malas... Está usando esto como un arma para herirte más porque sabe*

*que sea lo (que sea) que te haga, tú [no puedes] hacer nada al respecto”.* (Usuaría del servicio de maternidad 4, 28 años, 9 meses después de la intervención).

Veintidós de las 34 mujeres entrevistadas estaban viviendo con su agresor cuando se las derivó al servicio de promoción y defensa de violencia doméstica, en comparación con solo tres, al momento de la entrevista post-intervención. Para algunas, la agresión posterior a la separación continuaba con acechos, amenazas y acoso, agresiones físicas y, en dos casos, violaciones. Las amenazas verbales y los maltratos físicos ocurrían cuando las mujeres llevaban a sus hijos a visitar a su ex pareja. Otros problemas posteriores a la separación, reportados por las mujeres, fueron: depresión, aislamiento, sentimientos que aún tenían para con el agresor, y dificultades prácticas tales como alojamiento inapropiado o de poca calidad en áreas indeseables, falta de dinero o apoyo para el cuidado de los niños y desempleo.

*“Literalmente, dormía con un cuchillo o algo cerca de mí porque pensaba que no sabía qué estaba pasando. Y, ya sabe, a las 2:00, 3:00 de la mañana tocan mi puerta y era él quien tocaba. Y como yo no abría la puerta, ¡Ah! Ya sé que tienes un hombre ahí adentro, perra; abre la puerta’. Y pateo la puerta, golpeando la ventana y despertando con ese ruido a mi hijo y al bebé”.* (Usuaría del servicio de maternidad, 33 años, 5 meses después de la intervención).

*“Aquí [en el refugio] no hay espacio... y a veces todo se me viene a la cabeza. Todavía pienso en [él] y siento miedo de que una vez que me mude a otra casa, todavía quiera verlo... Creo que tiene que ver con la soledad. Me siento realmente sola”.* (Usuaría del servicio de maternidad 5, 35 años, 13 meses después de la intervención).

Las dificultades para tratar de sostener los cambios posteriores a la separación pueden aumentar el riesgo de que la víctima retorne con el agresor; por ello se necesita soporte continuo. Las intervenciones tienen que brindar apoyo también a las mujeres que no desean dejar a su pareja, incluyendo estrategias para ayudar a las mujeres a descubrir su sentido de autoestima y reducir su aislamiento, además

de una evaluación de riesgo y planificación de seguridad constantes.

• **Supuesto 5: Las indagaciones rutinarias acerca de la violencia y la promoción y defensa no ocasionarán un perjuicio.**

En un área tan sensible y potencialmente peligrosa como la violencia doméstica, el supuesto de que una intervención programática no tendrá resultados dañinos es cuestionable. Identificamos varias fuentes potenciales de daño durante la evaluación, incluidos el etiquetar y estereotipar negativamente a las mujeres, de parte de los profesionales de la salud, faltas a la confidencialidad, no actuar a pesar de tener la información y no documentar adecuadamente o no proporcionar copias de la documentación en forma oportuna a las mujeres que estaban siguiendo procesos judiciales. Una mujer que estaba recibiendo tratamiento por depresión y apoyo de parte del servicio de promoción y defensa por padecer violencia doméstica describió cómo fue dada de alta con su bebé del pabellón postnatal y enviada a la casa de su pareja agresiva, aun cuando las indicaciones de su caso establecían claramente que estaba esperando alojamiento de emergencia y que no debía salir sin la autorización de su doctor. Entre las faltas a la confidencialidad descritas por los entrevistados estuvieron las discusiones sobre la agresión sufrida por la paciente entre los miembros del personal de salud en presencia de otros miembros de la familia o la información confidencial que el personal de salud transmitía a los familiares.

Se utilizó un sistema discreto de codificación en las historias clínicas para indicar que un profesional de la salud había indagado sobre violencia doméstica, la respuesta del paciente y si se discutió la derivación al servicio de promoción y defensa. Se proporcionó un Formulario Confidencial de Documentación de la Agresión para contar con documentación detallada de la violencia. Sin embargo, de los 20 casos de violencia doméstica registrados en las historias clínicas que examinamos, solo la historia clínica de una mujer tenía dicho formulario. Los profesionales de la salud pensaban que la documentación tomaba tiempo, no podían recordar dónde encontrar el formulario, lo habían documentado en otro lugar o, simplemente, lo habían olvidado.

*“En realidad olvidé que había un código de violencia doméstica, así que, personalmente, no he actuado con la diligencia debida... En cambio sí lo hice al codificar una infección genitourinaria”. (Salud Sexual, Doctor 1)*

*“...Creo que la gente escucha una revelación de estas, la deriva [al proyecto de promoción y defensa] y ahí cierra el caso”. (Partera y co-capacitadora en violencia doméstica 1)*

Por otro lado, algunas parteras respondieron que para ellas fue fácil trabajar con documentación confidencial de violencia doméstica.

*“No ha habido ningún problema en archivar el material en el gabinete post-natal porque lo usamos también para, por ejemplo, aspectos de protección del niño”. (Partera 4)*

El hecho de separar la documentación fue particularmente importante para el servicio de maternidad, ya que las mujeres guardan sus historias y las dejan después del parto. A pesar de eso, la auditoría de sus historias clínicas de maternidad reveló que de las 9 notas de maternidad codificadas como positivas para violencia doméstica, tres contenían notas escritas sobre mujeres que fueron derivadas al proyecto de promoción y defensa y dos tenían breves versiones de la agresión.

*“No recuerdo haber documentado nada. Creo que [el doctor] podría haberlo escrito en las notas médicas en ese momento... Pienso eso (notas de registro de maternidad en el folder manual) porque me dieron un puñetazo en el estómago y recuerdo que él estaba haciendo un dibujo y me mandó a tomar una ecografía para asegurarnos de que todo estaba en orden”. (Usuaría del servicio de maternidad 3, 33 años, 5 meses después de la intervención)*

La calidad de la documentación puede influir en la capacidad de la mujer agredida para emprender acciones civiles y legales. En el siguiente comentario, la mujer comparó la documentación proporcionada por su partera y el médico general:

*“[Con] el doctor que tengo ahora, la consulta es muy buena, pero cuando necesité las notas para el mandato judicial, todo decía “alegó esto” y “alegó aquello”. Pero sentí que el hecho de contar con el informe de la partera fue lo que me ayudó*

*de verdad... Pude darle al juez otros ejemplos de lo que había pasado. Él estaba convencido en la audiencia inicial de que este evento sí había ocurrido".* (Usuaría del servicio de maternidad 6, 40 años, <1 mes después de la intervención)

Estos son ejemplos de perjuicios potenciales. El caso más serio de daño real durante el período de evaluación tuvo que ver con una mujer que fue agredida por su ex pareja después que este descubrió que una agresión anterior cometida por él había sido documentada en la historia clínica de maternidad. Ella tuvo mucho miedo de continuar usando el servicio de promoción y defensa y una partera comunitaria de confianza tuvo que iniciar un procedimiento de queja por ella, que conllevó a una investigación de riesgo clínico.

## Discusión

Nuestros hallazgos sugieren que tanto los servicios de maternidad como los de salud sexual pueden ofrecer puntos oportunos de intervención para las mujeres que sufren de violencia doméstica. Aparentemente, algunas de las mujeres se beneficiaron al ser derivadas al servicio de promoción y defensa y la mayoría dejó a su agresor. Sin embargo, el hecho de dejarlo no necesariamente cortó con la agresión para algunas, lo que sugiere que las intervenciones posteriores a la separación son fundamentales para mantener la seguridad y el bienestar de las mujeres y los niños. Se necesitan estudios a largo plazo para saber más sobre los factores que aceleran u obstaculizan los caminos de las mujeres a la seguridad. Durante las primeras fases de una relación agresiva, algunas mujeres se esfuerzan por mantener la apariencia de tener una relación normal aislándose y manejando o sobrellevando la agresión<sup>17</sup>. Por lo tanto, los profesionales de la salud pueden tener más éxito en la detección de casos severos de agresión a través de la indagación rutinaria.

Los resultados de los programas de capacitación fueron prometedores, con mejoras demostrables en el conocimiento y práctica clínica de los profesionales de la salud, por lo menos en el corto plazo. Sin embargo, a pesar de que haberse ampliado considerablemente la cobertura en el servicio de maternidad, la capacitación no logró que la indagación para detectar casos de

violencia doméstica fuera aplicada de manera universal en ninguno de los consultorios al final de la evaluación. Este resultado también había sido reportado en varios estudios realizados en los Estados Unidos.<sup>18,19</sup> Los resultados de los cuestionarios y entrevistas sugieren que los métodos de capacitación deberían estimular la práctica de los conocimientos y capacidades experimentales, con sesiones de retroalimentación. Más aún, la capacitación también necesita amoldarse a escenarios clínicos y a perfiles de pacientes específicos. La capacitación de seguimiento, la supervisión clínica continua, la colaboración con instituciones especializadas en violencia doméstica y los procesos claros de derivación son elementos indispensables para promover cambios sostenibles en la práctica de los profesionales de la salud. En concordancia con otros estudios, parecería que esta intervención fue menos exitosa en mejorar la documentación de la violencia doméstica.<sup>18,20</sup> Responder a la violencia doméstica requiere gran sensibilidad y habilidad por parte de los profesionales de la salud y de los trabajadores de promoción, a fin de que su intervención beneficie a las mujeres y a sus hijos, y no los perjudiquen. Necesitamos datos más sólidos sobre los beneficios y posibles perjuicios de las intervenciones en cuestión.<sup>21</sup> Hasta donde sabemos este es el primer estudio que trata de identificar las potenciales fuentes de perjuicio con la implementación de un programa en forma detallada. Los incidentes no fueron frecuentes, pero hubo algunos potencialmente graves. La deficiencia o carencia de documentación significa que los profesionales de la salud tienen menos capacidad de abordar las necesidades de la paciente clínicamente, evaluar riesgos, establecer la naturaleza actual de la agresión, derivar a la persona hacia la ayuda adecuada o proporcionar evidencia para fines legales y otros civiles. Las Intervenciones Programáticas de este tipo son complejas, fluidas y constituyen un reto. Se necesita que este problema se estudie en forma continua, se adapte y mejore para aumentar la cobertura de la indagación rutinaria, mejorar la documentación y el respeto de la confidencialidad. Si se logran abordar estas áreas exitosamente, habrá pruebas de que este modelo de intervención puede detectar y apoyar a las mujeres que son víctimas de violencia doméstica.

## Agradecimientos

*Quisiéramos agradecer al Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust, al personal del Proyecto de Bienestar para la Mujer, MOZAIC, al Proyecto Comunitario 170 y a todos los usua-*

*rios y profesionales de salud de los servicios de maternidad y salud sexual que participaron en el estudio. El estudio fue financiado en su integridad por Guy's & St Thomas' Charity (Donación No.G040204).*

## Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organisation, 2002. At: <www.who.int/violence\_injury\_prevention/violence/world\_report/en/?>. Accessed 3 September 2010.
2. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368:1260-69.
3. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
4. Taket A, Wathen CN, MacMillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? *PLoS Medicine Public Library of Science* 2004;1:7-10.
5. Ramsay J, Carter YH, Davidson LL, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 8 July.
6. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109:9-16.
7. Davies J, Lyon E, Monti-Catania D. Safety Planning with Battered Women. *Complex Lives, Difficult Choices*. Thousand Oaks California: Sage Publications; 1998.
8. Connell JP, Kubisch AC. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospects and problems. In: Fullbright-Anderson A, Kubisch AC, Connell JP, editors. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington DC: Aspen Institute; 1998.
9. Chen HT. *Practical Program Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.
10. Birkmayer JD, Weiss CH. Theory-based evaluation in practice. What do we learn? *Evaluation Review* 2000;24:407-31.
11. Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, et al. A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust. London: Kings College London, 2007. At: <www.kcl.ac.uk/schools/nursing/research/themes/women/projects/maternal/domesticviolence.html>. Accessed 28 June 2010.
12. Dixon BR, Bourma GD, Atkinson GBJ. *A Handbook of Social Science Research. A comprehensive and practical guide for students*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
13. Murray SF, Buller AM, Bewley S, et al. Metrics for monitoring local inequalities in access to maternity care: developing a basket of markers from routinely available data. *Quality and Safety in Healthcare*. Online. doi:10.1136/qshc.2008.032136.
14. Torres-Vitolas C, Bacchus LJ, Aston G. A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. *Public Health* 2010;124:472-78.
15. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse* 2004;5:47-64.
16. Wingwood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;19:270-75.
17. Cavanagh K. Understanding women's responses to domestic violence. *Qualitative Social Work* 2003;2:229-49.
18. Harwell TS, Casten RJ, Armstrong KA, et al. Results of a domestic violence training program offered to staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15:235-42.
19. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, et al. Identification and management of domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;19:253-63.
20. Gadomski AM, Wolff D, Tripp M, et al. Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs and behaviours regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine* 2001;76:1045-52.
21. Feder G, Ramsey J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different healthcare settings meet criteria for a screening programme? *Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria*. *Health Technology Assessment* 2009;13:1-36.